

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ОНКОЛОГОВ**

**Русина Н.А.**

*Ярославская государственная медицинская академия, Россия*

Одним из наиболее значимых и перспективных направлений, где необходима интеграция научных знаний психологии и психотерапии, является онкологическая практика. Работа психолога и психотерапевта в онкологической клинике должна вестись совместно с онкологами, радиологами, химиотерапевтами, хирургами.

Психосоматическая медицина давно уже отнесла онкологические заболевания к своей группе. Длительный «пассивный стресс» является фактором риска в развитии онкологических заболеваний и имеет следствием нарушения, возникающие на почве пониженной сопротивляемости организма, снижения иммунитета. Рак – это особое смысловое пространство,

особый образ жизни и мироощущений с целым рядом психологических и психотерапевтических проблем. Для решения этой проблемы психологи могут провести психологическую диагностику состояния тревожности, уровня страха, депрессии. Психотерапевтическая помощь должна быть строго дозирована в зависимости от индивидуальных особенностей, состояния пациента, стадии развития заболевания.

Известен факт, что процесс общения выстраивается в трех планах: вербальном, невербальном, внутреннем. Чрезвычайно трудно их согласовать, но еще труднее общаться при их несогласованности. В онкологической практике эти планы особенно не согласуются. В зависимости от особенностей личности, больные по-разному относятся к процессу общения. Некоторые больные начинают избегать общения. Причины в том, что они чувствуют иногда жалость к себе, иногда брезгливость окружающих и боязнь заразиться. Другие улавливают выражение обременительности, третьи сами не хотят быть в тягость родственникам. У большинства просто не хватает сил для общения. Особенно это характерно при калечащих операциях у больных с выведенной стомой различных органов. Нередко проблему общения порождают сами родственники. Часто пациент сам знает о своем заболевании и даже о том, сколько ему осталось жить, особенно на терминальных стадиях. Родственники не принимают факт заболевания и надеются на выздоровление, ругая больного, что он отказывается принимать пищу или лечение. И тогда на их лицах появляются неискренние выражения, в то время как у больного все чувства обнажены. Глаза родных говорят одно, а слова – другое.

В данном случае психологической проблемой для врача является «присоединение» к пациенту и его близким. Особенно важно почувствовать больного, его состояние и сказать или не сказать, выразить жестами, мимикой или не выразить то, что он желает услышать или увидеть. И тогда можно услышать: «Доктор, мне надо поправиться, у меня воспаление легких». При этом можно увидеть, как его глаза говорят: «Я все знаю, что я не поправлюсь, я устал, мне ничего не хочется» или «Я готов уйти». Или для близких больному людей говорится: «Спасибо, у меня все нормально», а в глазах – «Оставьте меня в покое. Как Вы можете ссориться, ругаться, когда вы остаетесь жить, а я ухожу». Для того, чтобы найти те слова, те жесты, те действия, которые однозначно необходимы в данной ситуации, нужен искренний настрой на человека, желание с ним общаться не формально, но душевно.

Последствия заболевания часто приводят к разрушению семьи, смерти близкого человека, обострению всех отношений и противоречий в семье. Нередко в сложной экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватные реакции на болезнь. Достаточно распространена практика, когда психологическая и психотерапевтическая помощь оказывается необходимой в большей степе-

ни самим родственникам, чем больному. План лечения и ухода должен обязательно разрабатываться врачом вместе с семьей при учете рекомендаций психолога. Кризисная ситуация – тяжелая болезнь близкого человека – является индикатором адаптивности и сплоченности семьи. Их показателями являются степень аффилиации и поддержки своего близкого, а также других больных, регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи. Психологическая проблема врача состоит в умении установить контакт с родственниками, понимании социального и семейного анамнеза больного, а психотерапевтическая – в нахождении средств поддержки в ситуации острого горя.

Причины онкологических заболеваний имеют как социальный (воздействие стрессоров окружающей среды), так и личностный характер (высокий уровень неэффективных психологических защит с преобладанием архаичных форм, отсутствие копинг-стратегий, психологические особенности личности, незрелость, нередко инфантильность, алекситимичность личности, закрытость эмоциональной сферы). При этом сами по себе личностные особенности, отношения личности, психотравмирующие ситуации не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний. Они являются лишь факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями среды.

Психологи могут дать социально-психологический анамнез больного, построить диагностический психологический профиль личности, сделать анализ копинг-ресурсов. Сопутствующие состояния тревоги, депрессии, аффективного поведения, страха, бессилия, беспомощности требуют адекватной психотерапевтической помощи с применением различных техник когнитивно-поведенческой, экзистенциальной, рационально-эмотивной, христианской терапии. Решение психологических и психотерапевтических задач подвластно только квалифицированным практикующим медицинским психологам-психотерапевтам.